

該当に○を付けてください。

麻 薬 (施用 ・ 管理 ・ 研究) 者 免 許 証 返 納 届

免 許 証 の 番 号		第○○○○○○○号	免許年月日	○年 ○月 ○日
麻 薬 業 務 所	所 在 地	福岡市博多区～～		
	名 称	医療法人○○ □□病院		
氏 名		福岡 太郎		
免 許 証 返 納 の 事 由 及 び そ の 年 月 日		※「有効期限満了のため」「免許を取り消されたため」 「亡失した免許証を発見したため」等具体的に記載 すること。 ○年 ○月 ○日		
上記のとおり、免許証を返納したいので届け出ます。 ○年 ○月 ○日 届出年月日(書類を提出される日)を記入してください。 住 所 福岡市博多区～～ 氏 名 福岡 太郎 福岡県知事 殿				

(注意) 用紙の大きさは、A4とすること。